

**EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS, COMPETÊNCIAS
SOCIAIS E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO.
SERÃO AS CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS
DIFERENTES?**

Marta Sofia Martins Lopes

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em
Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora, Helena Espírito Santo

Coimbra

2011

Agradecimentos

O final desta investigação marcou o encerramento de mais uma etapa. Foram várias as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização e sucesso deste trabalho. Assim, aqui fica o meu sincero “Muito Obrigado” a todos os que dele fizeram parte...

À Professora Doutora, Helena Espírito Santo, Orientadora da Dissertação, pela força, coragem, apoio, paciência, disponibilidade e por tudo o que me ensinou.

Ao Doutor, Guilherme Vieira, Director da Escola Tecnológica e Profissional de Sicó, Pólo Penela, por toda a ajuda disponibilizada.

Ao Engenheiro, Bruno Nunes, que me ajudou a estabelecer as “pontes” necessárias à realização desta investigação.

À Mestre, Joana Matreno, por todo o apoio e disponibilidade.

À minha Mãe, uma grande Mulher, que contra todas as adversidades me proporcionou a coragem, apoio e força determinantes para a conclusão desta investigação.

Ao meu Namorado, que acreditou sempre! A ele, um muito obrigado pela infinita paciência, calma e apoio.

Aos meus Amigos, por toda a ajuda, paciência, força e boa disposição.

E por fim, mas não menos importante, a todos os alunos que conheci e que colaboraram nesta investigação, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Resumo

Este estudo pretendeu averiguar se as crianças institucionalizadas apresentam mais experiências dissociativas do que as crianças que estão com a família num meio dito normal.

Utilizando uma amostragem de conveniência foram inquiridos 77 sujeitos, com idades compreendidas entre 11 e 18 anos. A amostra ficou dividida em sub-amostras: CAEI/ATL (n = 8), Liceu M (n = 12) e Liceu P (n = 57).

Na recolha dos dados foi utilizado um Questionário Sociodemográfico criado para ao efeito, a *Adolescent Dissociative Experiences Scale* (ADES) e o *Youth Self Report* (YSR).

A nossa amostra apresenta médias superiores à dos outros estudos, tanto na ADES como no YRS. Apenas se verificam diferenças significativas entre os grupos ao nível das experiências dissociativas. Observámos correlações moderadas entre as experiências dissociativas e os problemas de comportamento/competências sociais.

O nosso estudo é o primeiro em Portugal a investigar as experiências dissociativas e os problemas de comportamento/ competências sociais em crianças institucionalizadas. A nossa amostra não estava equilibrada ao nível das sub-amostras, pelo que os nossos resultados deveriam ser confirmados em estudos posteriores.

Palavras-Chave: Experiências Dissociativas, Problemas de Comportamento, Competências Sociais, Crianças Institucionalizadas.

Abstract

The aim of this research was to determine if institutionalized children show higher levels of dissociative experiences than children who live with their families.

By using a convenience sampling, we evaluated 77 subjects, aged between 11 and 18 years old. The sample was divided into subsamples: CAEI/ATL (n = 8), M High School (n = 12) and P High School (n = 57).

For data gathering, we used a Socio-demographic Questionnaire created for that purpose, the *Adolescent Experiences Scale* (ADES) and the *Youth Self Report* (YSR).

The evaluated sample presented higher averages than the ones in other researches, both in ADES and in YSR. Significant differences between the subsamples could only be found at the level of dissociative experiences. We found moderate correlation between dissociative experiences and behavior problems/social skills.

Ours is the first study in Portugal to investigate dissociative experiences and behavior problems/social skills in institutionalized children. Our sample was not balanced at the subsample level, thus our results should be confirmed in future researches.

Key-Words: Dissociative Experiences, Behavior Problems, Social Skills, Institutionalized Children.

Índice

Introdução	3
<i>Objectivos</i>	6
Materiais e Métodos	7
<i>Desenho da Investigação</i>	7
<i>Participantes</i>	7
<i>Procedimentos</i>	9
<i>Instrumentos</i>	9
<i>Análise Estatística</i>	10
Resultados.....	12
<i>Descritivas</i>	12
<i>Correlações entre Experiências Dissociativas e Competências Sociais/Problemas de Comportamento</i>	14
Discussão.....	15
Referências Bibliográficas	18

Índice de Quadros

Quadro 1: <i>Caracterização de uma amostra de crianças e adolescentes</i>	8
Quadro 2: <i>Diferenças das pontuações médias nas amostras do CAEI/ATL, do Liceu de Miranda e do Liceu de Penela no Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES) e no Youth Self Report (YSR)</i>	13
Quadro 3: <i>Correlações entre as Experiências Dissociativas (ADES) e as Competências Sociais/Problemas de Comportamento (YSR) em adolescentes.</i>	14

Introdução

No final do século XIX, o célebre psiquiatra e filósofo francês, Pierre Janet introduziu na Psiquiatria o termo de dissociação com o intuito de dar nome à ligação entre traumas psicológicos graves e sintomas físicos (Diseth, 2005; Espírito Santo & Pio-Abreu, 2007; Spitzer, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2006).

O vocábulo “*dissociação*” deriva do termo Grego “dis” (de) e “sociare” (unir ou ligar). Dissociação significa colocar à parte, cortar ou desconectar elementos que têm algo em comum. Já a dissociação mental refere-se a perturbações na memória, consciência, identidade e percepção do ambiente, mas também se manifesta em distúrbios de sensação, movimento, e outras funções corporais (Diseth, 2005, p.79).

A *dissociação* era vista como um fenómeno descontínuo que apenas se verificava em indivíduos com doença mental, sobretudo com histeria (Spitzer et al., 2006). Hoje em dia, a *dissociação* é considerada, por vários autores, como um processo psicopatológico complexo que ocorre num contínuo que vai, desde pequenas dissociações normativas (por exemplo, sonhar acordado), para condições psiquiátricas (por exemplo, distúrbio dissociativo de identidade, memória e consciência) (Bernstein & Putnam, 1986; Butler, 2006; Holmes et al., 2005; Putnam, 1995). Grande parte das experiências dissociativas pode ser vista dentro da categoria nosológica dos transtornos dissociativos, bem como noutros distúrbios psicopatológicos, principalmente no distúrbio de personalidade borderline, distúrbio de somatização e no distúrbio de stress pós-traumático (Putnam, 1995).

Muitas experiências dissociativas não são patológicas, tratando-se de experiências dissociativas normativas que incluem “sonhar acordado”, fantasia e absorção pelas experiências do dia-a-dia. A maioria das dissociações do dia-a-dia ocorre num mundo privado, um universo interior de sonho e fantasia sobre o qual muito poucas pessoas falam (Butler, 2006).

A *dissociação* é frequentemente considerada como um mecanismo de defesa em vítimas de situações traumáticas como abuso sexual ou catástrofes naturais (Putnam, 1991).

A *dissociação* é utilizada como um meio de defesa ou tentativa de se adaptar à dor. Se o abuso ou situação traumática for severo, então a resposta dissociativa rapidamente se torna num mecanismo de defesa e os processos mentais do indivíduo tornam-se intermitentemente fragmentados (Irwin, 1994). O papel e função da dissociação são descritos como defesa ou uma forma de psicopatologia, na sequência de acontecimentos traumáticos (Steiner et al., 2002).

A *dissociação* na infância tem sido considerada, desde tempos ancestrais, como uma reacção mental severa ao stress e trauma (Diseth, 2005). Surge a partir do final da infância até ao início da idade adulta e raramente ocorre em crianças com menos de cinco anos de idade (Diler, 2003; Jans et al., 2008). As crianças têm comportamentos dissociativos normativos que diminuem com a idade. Existe um declínio durante a adolescência, até níveis relativamente baixos e estáveis quando atingem a idade adulta (Putnam, 1993).

Defesas como repressão, formação reactiva, deslocamento, *dissociação* e somatização, são adquiridas depois das defesas mais primitivas como a projecção, negação, agressão passiva ou fantasia (Cramer, 1991).

A interrupção de uma situação ou experiência é normal em crianças pequenas que frequentemente adormecem ou ficam sonolentas e algum tempo depois vêem-se num novo ambiente ou situação, sem que percebam o que entretanto aconteceu. Mesmo na adolescência podem não reconhecer o passar do tempo ou a interrupção de determinada situação como uma experiência invulgar ou anormal (Wassem, Switzer, & Perales, 2002).

A frequência de experiências dissociativas atinge o seu ponto máximo durante a infância, entrando depois em declínio no período da adolescência até à idade adulta (Putnam, 1996a; Sanders, Braun, & Kluft, 1989).

Estudos indicam que grupos não-clínicos de adolescentes apresentaram valores dissociativos muito superiores a um grupo clínico de adultos (Ross et al., 1989).

No entanto, esses elevados níveis dissociativos não são obrigatoriamente indicadores da presença de psicopatologia. Os níveis altos de *dissociação* podem estar apenas relacionados com processos normais na

adolescência, como a confusão de identidade, realização, preocupação acrescida consigo mesmo e tomada de consciência de si próprio (Adams, Markstorm, & Abraham, 1987; Waterman, 1985).

A dissociação na infância ou adolescência pode muitas vezes ser diagnosticada como distúrbio de déficit de atenção e hiperactividade, problemas de conduta e problemas de oposição. A criança é frequentemente indicada como sendo diferente das outras crianças. Pode erradamente ser caracterizada como distraída, “cabeça no ar”, que sonha acordada ou que tem mau aproveitamento escolar. Crianças com perturbações dissociativas mostram mudanças nas suas preferências, conhecimento inconsistente ou acesso irregular a informações e capacidades. Num estado dissociativo a criança pode não ser capaz de recuperar e utilizar informações que foram aprendidas num estado não dissociativo. Outras características presentes na dissociação na infância são os amigos imaginários (geralmente criados à noite) e as alucinações auditivas (Armstrong et al., 1997; Bremner, Krystal, & Charney, 1996; Putnam, 1993; Putnam, 1995; Putnam, 1996b).

Crianças e adolescentes podem apresentar sintomas dissociativos antes de estarem reunidos todos os critérios para o diagnóstico de distúrbio de stress pós traumático, perturbação de pânico, perturbação de personalidade ou perturbação dissociativa. A identificação precoce dos sintomas pode ajudar a que as crianças beneficiem cedo e atempadamente da intervenção de terapeutas especializados (Carrion & Steiner, 2000).

O único instrumento existente para avaliar as experiências dissociativas nesta faixa etária é o *Adolescent Dissociative Experiences Scale* (A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997). Esta escala foi criada por Armstrong e seus colaboradores, tendo por base a *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986).

Elevados níveis de dissociação estão relacionados com problemas de comportamento em casa que contribuem para problemas de desempenho e comportamento escolar (Trickett, McBride-Chang, & Putnam, 1994). Igualmente associado à dissociação estão as alterações de comportamento em adolescentes que incluem flutuações de desempenho e trabalho escolar, variações de capacidades sociais, cognitivas ou físicas, mudanças súbitas nos

padrões de amizade, e mudanças no tipo de linguagem ou tom de voz utilizado (Seeley, Perosa, & Perosa, 2004). Também a inconsistência na disciplina e educação dada pelos pais, o nível de risco familiar e o facto de haver ou não casos de dissociação na família parecem estar associados à dissociação (Lyons-Ruth et al., 2006). Alguns estudos revelam elevados níveis de dissociação em jovens delinquentes (Burton, Foy, Bwanavsi, Johnson, & Moore, 1994; Carrion & Steiner, 2000; Steiner, Garcia, & Matthews, 1997). Muitos dos jovens sofreram de violência doméstica (abuso, lesões graves, cometeram ou presenciaram homicídio) e estiveram presentes em muitos actos violentos na comunidade (Steiner, 1997).

De acordo com os instrumentos utilizados para avaliar os problemas de comportamento verificados na literatura, decidimos utilizar o *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 1991) por ser aquele que melhor se adapta às características e comportamentos que pretendemos analisar. Trata-se de um instrumento para administração às próprias crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos. Este instrumento pretende avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente exactamente como são percebidos pela própria criança ou adolescente (Fonseca & Monteiro, 1999).

Objectivos

Com a nossa investigação pretendemos verificar qual a frequência de experiências dissociativas, competências sociais e problemas de comportamento em crianças e adolescentes institucionalizados e se estes dissociam mais do que crianças e adolescentes num meio dito normal.

Pretendemos ainda saber se existe relação entre as experiências dissociativas medidas pela ADES e as competências sociais e problemas de comportamento medidos pelo YSR.

Materiais e Métodos

Desenho da Investigação

A investigação consiste num estudo transversal, descritivo-correlacional. Foram utilizados questionários de auto-resposta numa amostra de conveniência constituída por crianças e adolescentes institucionalizados e outros inseridos na sociedade e com uma vida dita normal.

Participantes

A população-alvo deste estudo consistiu em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos. A amostra ficou com 77 indivíduos, sendo 44 (57,10%) do sexo masculino e 33 (42,90%) do sexo feminino. A selecção dos elementos da amostra foi feita com base na selecção de idades devido aos instrumentos utilizados na nossa investigação.

As crianças e jovens que participaram no questionário pertenciam ao Centro de Acolhimento e Emergência Infantil e Atelier de Tempos Livres da Fundação ADFP de Miranda do Corvo ($n = 8$; 10,4%), Escola E.B. 2, 3 c/Secundário José Falcão de Miranda do Corvo ($n = 12$; 15,6%), Escola Tecnológica e Profissional de Sicó – Pólo de Penela ($n = 57$; 74,0%).

A amostra é constituída por crianças e jovens, institucionalizados no Centro de Acolhimento e Emergência Infantil (C.A.E.I.) e por crianças e jovens cujos pais devido à sua carga horária não têm disponibilidade para estar mais tempo com os filhos e os inscreveram no Atelier de Tempos Livres (A.T.L.) da Fundação ADFP de Miranda do Corvo ($n = 8$); e por fim, jovens com uma vida aparentemente normal que frequentam a Escola E.B. 2, 3 C/Secundário José Falcão de Miranda do Corvo ($n = 12$) e a Escola Tecnológica e Profissional de Sicó – Pólo de Penela ($n = 57$). Embora ambos sejam de liceus, dividimos os alunos da amostra aparentemente normal pelas duas escolas porque apresentavam diferenças significativas de comportamento e posturas entre si, durante a aplicação dos questionários.

Quadro 1

Caracterização de uma amostra de crianças e adolescentes (N = 77).

	Totais (N = 77)				CAEI/ATL (n = 8)				Liceu M (n = 12)				Liceu P (n = 57)				χ^2/H	p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP	n	%	M	DP	N	%	M	DP		
Idade			16,13	1,68			12,63	1,92			15,75	1,42			16,70	0,93	19,939 [†]	0,000
Gênero Sexual																	1,571 [¤]	0,210
Masculino	44	57,10			4	50,00			5	41,70			35	61,40				
Feminino	33	42,90			4	50,00			7	58,30			22	38,60				
Nível de Escolaridade																	19,753 [¤]	0,000
2º Ciclo	19	24,70			5	87,50			8	66,70			4	7,00				
3º Ciclo	58	75,30			1	12,50			4	33,30			53	93,00				
Situação Familiar																	165,96 [¤]	0,000
Pais	68	88,30			1	12,50			12	100			55	96,5				
Famíliares	2	2,60											2	3,5				
Instituição	7	9,10			7	87,50												

Nota: M = média; DP = desvio padrão; p = nível de significância.

[†]H - Teste H de Kruskal-Wallis.

[¤] χ^2 - Teste do Qui-Quadrado.

O facto de se tratar de duas regiões distintas deve-se ao facto de em Miranda do Corvo ter havido, por parte dos pais, uma grande resistência e impedimento em autorizar os filhos a participar na investigação. Em Penela não houve qualquer impedimento ou obstáculo para a colaboração na investigação.

Procedimentos

A amostra foi recolhida entre Abril e Junho de 2010. A participação das crianças e jovens foi informada e voluntária, após conhecimento e devida autorização dos seus pais ou tutores, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos (Apêndice A). As crianças e jovens foram inquiridos no C.A.E.I. e A.T.L. ($n = 8$), Escola E.B. 2, 3 C/Secundário José Falcão de Miranda do Corvo ($n = 12$) e Escola Tecnológica e Profissional de Sico – Pólo de Penela ($n = 57$).

Durante a abordagem feita para colaborarem na investigação, após respectivas autorizações, apenas no C.A.E.I. e na Escola E.B. 2, 3 C/Secundário José Falcão de Miranda do Corvo, os jovens mostraram alguma resistência ao preenchimento dos questionários. Todos os restantes se mostraram prontamente disponíveis, cooperativos, sem colocarem qualquer obstáculo.

Como critérios de inclusão tivemos em conta o facto de não terem patologia neurológica e o facto de dominarem a língua portuguesa. Como critério de exclusão considerámos a existência de deficiência mental.

Instrumentos

Para a recolha de dados foi utilizado um Questionário Sociodemográfico (Apêndice B) e dois instrumentos: *Adolescent Dissociative Experiences Scale* (Anexo 1) e *Youth Self Report* (Anexo 2).

A Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997) foi criada por Armstrong e seus colaboradores, tendo por base a Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986). Trata-se de um questionário de auto-resposta composto por 30 itens destinado a crianças/adolescentes dos 11 aos 18 anos

de idade. Os itens da ADES fornecem informações sobre aspectos básicos de dissociação (Seeley, Perosa, & Perosa, 2004). Estes itens são classificados pelo adolescente numa escala de 11 pontos de Likert sendo que 0 = “Nunca” e 10 = “Sempre”. Em que o adolescente tem de escolher um dos números que mais se aproximar com a resposta que pretende dar. Trata-se de um instrumento de avaliação com capacidade para distinguir adolescentes com perturbação dissociativa de uma amostra normal e de uma amostra de pacientes com uma variedade de diagnósticos (Armstrong et al., 1997).

O *Youth Self Report* (YSR) é um questionário para administrar a crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos (Achenbach, 1991). Este instrumento pretende avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento da criança/adolescente exactamente como são percebidos pela própria criança ou adolescente. É um questionário constituído por duas partes, a primeira com itens relacionados com competências, actividades e interesses sociais do indivíduo e a segunda parte, com itens relativos a diversos problemas de comportamento e perturbações emocionais. (Fonseca & Monteiro, 1999). O questionário aborda variáveis como o sexo, idade e estado civil dos pais (vivem juntos, não moram juntos). Tem questões sobre relações sociais (“Quantos amigos é que tens? [Nenhum, 1, 1-3, 4 ou mais]” e “Quantas vezes por semana é que estás com os teus amigos fora do horário escolar? [Menos de uma vez, uma vez, duas vezes, três vezes ou mais]”), e desempenho escolar (“Como é que é o teu desempenho escolar? [1 = A falhar, 2 = Acima da média, 3 = Na média, 4 = Abaixo da média]”) (Tolmunen et al., 2007). Os resultados específicos dividem-se em seis factores: Anti-social, Problemas de Atenção/Hiperactividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas, Problemas de Comportamento/Esquizóide (Fonseca & Monteiro, 1999).

Análise Estatística

Para a análise estatística utilizámos o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 16.0 para Windows Vista; SPSS, Inc., 2008). Na nossa investigação, as variáveis de critério foram as experiências dissociativas

medidas pela ADES e o rendimento obtido nas oito escalas do YSR (Youth Self Report). Foram eliminados 37 indivíduos devido ao facto de estarem fora do limite de idades estabelecido pelos instrumentos utilizados. No momento de aplicação dos questionários foi autorizada a sua colaboração no sentido de não se sentirem excluídos ou diferentes dos restantes colegas. Então, procedeu-se à entrega das autorizações e posteriormente dos questionários.

Comparámos os três grupos de crianças e adolescentes (C.A.E.I./A.T.L.; Liceu de Miranda do Corvo; Liceu de Penela) através das pontuações médias das experiências dissociativas e das competências sociais e comportamento da criança/adolescente. Para o efeito utilizámos a estatística F de ANOVA e o teste de Kruskal-Wallis na comparação das médias das variáveis que tinham mais de dois grupos, consoante a distribuição foi normal ou não.

Utilizámos o R de Pearson para medir a intensidade das relações entre as variáveis em estudo. O R de Pearson exige a normalidade da distribuição, o que não acontece nas nossas medidas em estudo. O teste indicado seria o R de Spearman, uma vez que exige a normalidade da distribuição (Pestana & Gageiro, 2008).

Resultados

Descritivas

O Quadro 2 apresenta as médias e os desvios padrão das pontuações obtidas dos vários instrumentos na nossa amostra e nas subamostras do C.A.E.I./A.T.L., Liceu de Miranda do Corvo e Liceu de Penela.

Na ADES a média é de 2,67 ($DP = 1,72$). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras ($p = 0,000$), obtendo no C.A.E.I./A.T.L. uma média de 4,77 ($DP = 1,89$), no Liceu de Miranda do Corvo uma média de 3,37 ($DP = 1,46$) e no Liceu de Penela uma média de 2,23 ($DP = 1,49$).

No YSR a média obtida é de 49,68 ($DP = 20,70$). Aqui não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras. No entanto, obtivemos diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,010$) ao nível do factor Anti-social, sendo a média total de 4,52 ($DP = 3,56$), no C.A.E.I./A.T.L. média de 8,63 ($DP = 4,14$), no Liceu de Miranda do Corvo média de 3,83 ($DP = 3,49$) e no Liceu de Penela uma média de 4,09 ($DP = 3,15$).

Quadro 2

Diferenças das pontuações médias nas amostras do CAEI/ATL ($n = 8$), do Liceu de Miranda ($n = 12$) e do Liceu de Penela ($n = 57$) no Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES) e no Youth Self Report (YSR).

	Totais ($N = 77$)		CAEI/ATL ($n = 8$)		Liceu M ($n = 12$)		Liceu P ($n = 57$)		H/F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
ADES – Total	2,67	1,72	4,77	1,89	3,37	1,46	2,23	1,49	11,17 [†]	0,000 [*]
YSR										
Total	49,68	20,70	66,50	25,07	51,83	16,69	46,86	19,97	5,86 [‡]	0,053
Comportamento Anti-social	4,52	3,56	8,63	4,14	3,83	3,49	4,09	3,15	9,27 [‡]	0,010 [*]
Problemas de Atenção/Hiperactividade	10,14	3,92	11,50	5,71	10,50	3,23	9,88	3,78	0,96 [‡]	0,628
Ansiedade/Depressão	4,86	3,75	6,88	4,19	5,67	4,38	4,40	3,49	3,27 [‡]	0,195
Isolamento	7,75	2,86	8,00	3,85	8,58	3,09	7,54	2,68	1,45 [‡]	0,484
Queixas Somáticas	1,68	1,58	3,13	2,17	1,33	1,44	1,54	1,44	4,81 [‡]	0,090
Comportamento Esquizóide	2,65	2,14	2,88	2,30	3,25	1,60	2,49	2,23	2,88 [‡]	0,237

Notas: M = média; DP = desvio padrão; ADES = Adolescent Dissociative Experiences Scale; YSR = Youth Self Report.

Post-Hoc Hochberg's GT2: ADES, CAEI/ATL > Liceu P; YSR Anti-Social CAEI/ATL > Liceu P. As outras comparações não são significativas.

[†] Estatística F de ANOVA utilizada na comparação de quatro grupos.

[‡] Estatística H de Kruskal-Wallis utilizada na comparação de quatro grupos.

^{*} Diferenças significativas ao nível de 0,05.

Correlações entre Experiências Dissociativas e Competências Sociais/Problemas de Comportamento

No Quadro 3 apresentamos as correlações de R de Pearson entre experiências dissociativas e competências sociais/problemas de comportamento.

Constatámos que as experiências dissociativas apresentam correlações moderadas com as competências sociais/problemas de comportamento no geral, bem como, com todos os factores medidos pelo YSR.

Quadro 3

Correlações entre as Experiências Dissociativas (ADES) e as Competências Sociais/Problemas de Comportamento (YSR) em adolescentes (n=77).

	ADES - Total
YSR	
Total	0,65**
Comportamento Anti-social	0,52**
Problemas de Atenção/Hiperactividade	0,48**
Ansiedade/Depressão	0,50**
Isolamento	0,43**
Queixas Somáticas	0,52**
Comportamento Esquizóide	0,44**

Notas: ** Diferenças significativas ao nível de 0,01 ($p = 0,01$).

Discussão

Propusemo-nos a investigar as experiências dissociativas, competências sociais e problemas de comportamento em crianças e adolescentes. Quisemos saber a frequência de experiências dissociativas, competências sociais e problemas de comportamento em crianças e adolescentes institucionalizados e se estes dissociam mais do que crianças e adolescentes num meio dito normal. Finalmente fomos verificar se existe relação entre as experiências dissociativas medidas pela ADES e as competências sociais e problemas de comportamento medidos pelo YSR. A população-alvo deste estudo consistiu em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos.

No que diz respeito à dissociação, a nossa amostra apresenta uma média ($M \pm DP = 2,67 \pm 1,72$) superior à encontrada em estudos realizados nos Estados Unidos [Armstrong et al., 1997, ($M \pm DP = 2,24 \pm 1,38$); Seeley et al., 2004 ($M \pm DP = 0,66 \pm 0,58$)] e à da Finlândia [Tolmunen et al., 2007 ($M \pm DP = 0,88 \pm 1,11$)]. Sendo a nossa média de idades mais elevada do que a dos referidos estudos, este resultado contradiz a literatura (Putnam, 1996a; Sanders, Braun & Kluft, 1989). No entanto, na nossa amostra total temos crianças e adolescentes institucionalizados. Estas crianças e jovens ficam longe das suas famílias, ou pelo menos não têm contacto tão permanente, pelos mais diversos motivos, desestruturação familiar, carências sócio-económicas, negligência, alcoolismo, abuso, violência, debilidades psíquicas, etc. Todas estas situações podem levar a estados de elevada ansiedade, stress e trauma, conduzindo assim a criança ou jovem a estados dissociativos. A literatura suporta estes dados, caracterizando a dissociação na infância como uma reacção mental severa ao stress e trauma (Diseth, 2005). É ainda referido que se o abuso ou situação traumática for severo, então a resposta dissociativa rapidamente se torna num mecanismo de defesa (Irwin, 1994). Outro aspecto que poderá apoiar os resultados diz respeito às diferenças culturais entre Portugal, Estados Unidos e Finlândia, uma vez que os estudos nos mostram que a dissociação varia de cultura para cultura (APA, 2002; Butler, 2006; Holmes et al., 2005; Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2006).

Também entre os grupos foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na pontuação média da ADES (CAEI/ATL: $M \pm DP = 4,77 \pm 1,89$; Liceu M: $M \pm DP = 3,37 \pm 1,46$; Liceu P: $M \pm DP = 2,23 \pm 1,49$).

O grupo CAEI/ATL apresenta uma média superior aos restantes. Isto pode dever-se ao facto de a média de idades ser mais baixa, o que vai de encontro ao esperado pela análise da literatura (Putnam, 1996a; Sanders, Braun, & Kluft, 1989). Contudo, pode também estar relacionado com o aspecto anteriormente referido por serem crianças institucionalizadas.

Relativamente às competências sociais e problemas de comportamento medidos pelo YSR, a nossa amostra de crianças institucionalizadas apresenta uma média total de 66,5 ($DP = 25,07$). Relativamente à média obtida num estudo português [Fonseca & Monteiro, 1999 ($M \pm DP = 40,80 \pm 19,65$)], a nossa média é mais elevada. Isto pode revelar dificuldades ao nível das competências sociais e problemas de comportamento dos jovens da nossa amostra.

É verificada uma média significativamente mais elevada no factor Comportamento Anti-social total ($M \pm DP = 8,63 \pm 4,14$), comparando com a média de outro estudo também português é 1,92 ($DP = 2,48$). Estes resultados expressam aquilo que observámos, os jovens institucionalizados têm elevados níveis de comportamento anti-social. Isto pode ser explicado quando analisados grupo a grupo. Estas crianças podem desenvolver este tipo de comportamentos como mecanismo de defesa perante as situações traumáticas, perturbadoras ou de ameaça, pelas quais já passaram.

A relação entre as variáveis de critério é confirmada pelo nosso estudo. Uma vez que não existe nada na literatura que confirme os nossos resultados, estes devem ser confirmados em estudos posteriores.

No entanto, a literatura refere a existência de uma relação entre a dissociação e algum dos comportamentos/problemas avaliados pelas dimensões do YSR.

Conclusões

Em síntese, as experiências dissociativas relacionam-se com as competências sociais e problemas de comportamento medidos pelo YSR.

Verificámos também que crianças e adolescentes institucionalizados dissociam mais do que crianças e adolescentes num meio dito normal. No entanto, o nosso estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de a nossa amostra não estar equilibrada ao nível das sub-amostras, pelo que os nossos resultados deveriam ser confirmados em estudos posteriores. Outra limitação está relacionada com a desejabilidade social. As crianças e jovens podem ter respondido não de acordo com a verdade, mas sim de acordo com aquilo que achavam que iria agradar ao avaliador.

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18. YSR and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adams, G. R., Markstrom, C. A., Abraham, K. G. (1987). The relations among identity development, self-consciousness, and self-focusing during middle and late adolescence. *Development and Psychopathology*, 23, 292-297.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D.Z., Smith, S. R. (1997). Development and Validation of a Measure of Adolescent Dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 491-497.
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Charney, D. S. (1996). Neural Mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: relevance to the current controversy surrounding the false memory syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 71-82.
- Burton, D., Foy, D., Bwanausi, C., Johnson, J., Moore, L. (1994). The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and posttraumatic stress symptoms in male juvenile offenders. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 83-93.

- Butler, L. (2006). Normative dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 45-62. Doi: 10.1016/j.psc.2005.10.004.
- Carrion, V. G., Steiner, H. (2000). Trauma and Dissociation in Delinquent Adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 353-359.
- Cramer, P. (1991). *The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research, and Assessment*. New York: Springer-verlag.
- Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 79-91. Doi: 10.1080/08039480510022963.
- Diler, R. S. (2003). Conversion and dissociative disorders in children and adolescents. *Bridging Eastern and Western Psychiatry*, 1(1), 95-109.
- Espirito Santo, H., Pio-Abreu, J. (2007). Perturbações dissociativas e outros grupos psicopatológicos: explorando as diferenças através do Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(4), 354-358.
- Farryngton, A. D., Waller, G. D., Smerden, J. D., Faupel, A. W. (2001). The Adolescent Dissociative Scale: Psychometric Properties and Difference in Scores Across Age Groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 722-727.
- Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self-Report de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 21, 79-96.
- Gleaves, D. H., May, M. C. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 577-608.

- Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E., Frasquilho, F., & Oakley, D. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23. Doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006.
- Irwin, J. H. (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456-460.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63-viii. Doi: 10.1016/j.psc.2005.10.011.
- Jans, T., Schneck-Seif, S., Weigand, T., Schneider, W., Ellgring, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2008). Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(19), 1-10. Doi:10.1186/1753-2000-2-19.
- Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 131-140. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.03.003.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS* (5ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative Phenomena. Em A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds). *Review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 145-160). Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child abuse and Neglect*, 17, 39-445.

- Putnam, F. W. (1995). *Development of dissociative disorders. Developmental psychopathology* (Vol. 2, pp. 581-608). New York: John Wiley & Sons.
- Putnam, F. W. (1996a). A brief history of multiple personality disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 263–271.
- Putnam, F. W. (1996b). Child Development and Dissociation. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 285-301.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Ross, C. A., Ryan, L., Anderson, G., Ross, D., Hardy, L. (1989). Dissociative experiences in adolescents and college students. *Dissociation*, 2, 239-242.
- Sanders, B., Braun, B. G., Kluft, R. P. (1989). Childhood stress and dissociation in a college population. *Dissociation*, 2, 17-23.
- Seeley, S., Perosa, S., Perosa, L. (2004). A Validation study of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Child Abuse and Neglect*, 28, 755-769. Doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.006.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H., & Grabe, H. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5(2), 82-86.
- Steiner, H., Garcia, I., Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 357-365.
- Steiner, H., Ryst, E., Berkowitz, J., Gschwendt, M. A., Koopman, C. (2002). Boys and Girls responses to stress: affect and heart rate during a speech task. *Journal of Adolescent Health*, 30, 14-21.

- Tolmunen, T., Maaranen, P., Hintikka, J., Kylmä, J., Rissanen, M., Honkalampi, K., Haukijärvi, T., Laukkanen, E. (2007). Dissociation in a General Population of Finnish Adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 614-617.
- Trickett, P. E., McBride-Chang, C., Putnam, F. W. (1994). The classroom performance and behavior of sexually abused females. *Development and Psychopathology*, 6, 183-194.
- Waseem, M., Switzer, R. M., Perales, O. (2002). Child abuse and neglect: dissociative identity disorder. *eMedicine Journal*, 3(1), 1-11.
- Waterman, A. S., (1985). Identity in the context of adolescent psychology. Em A. S. Waterman (Eds). *Identity in adolescence: Processes and contents* (pp. 5-24). San Francisco: Jossey-Bass.